

Progetto Aurora

MGF
iono



Centro di Riferimento Regionale
per la Prevenzione e la Cura delle
Complicanze Legate alle Mutilazioni
Genitali Femminili

Lucrezia Catania

Omar Hussen Abdulcadir

**Centro di Riferimento Regionale per la
Prevenzione e la Cura delle Complicazioni delle
Mutilazioni Genitali Femminili, FIRENZE**

Le mutilazioni genitali femminili

- Arrivo massiccio di immigrati
- Ricongiungimenti familiari
- Società multi-etnica, multiculturale e multilingua
- Diritto alla salute anche per questa utenza (tenere conto della cultura “dell'altro”)

(usi, costumi, abitudini alimentari, religione, tradizioni diverse, a volte dannose per la salute

► MGF)





- **MGF ► Tema di scottante attualità socio sanitaria**
- **Problema sociale /culturale**
- **Problema sanitario urgente ► Medico di Medicina Generale/Pediatra/Ginecologo**
- **Unici “collegamenti” tra pazienti con MGF e il mondo medico
► MEDIATORI LINGUISTICO-CULTURALI**
- **Specifica competenza**

Ruolo del mediatore:

- farsi tramite tra la cultura a tradizione MGF e la cultura occidentale, agendo attraverso 2 azioni interconnesse



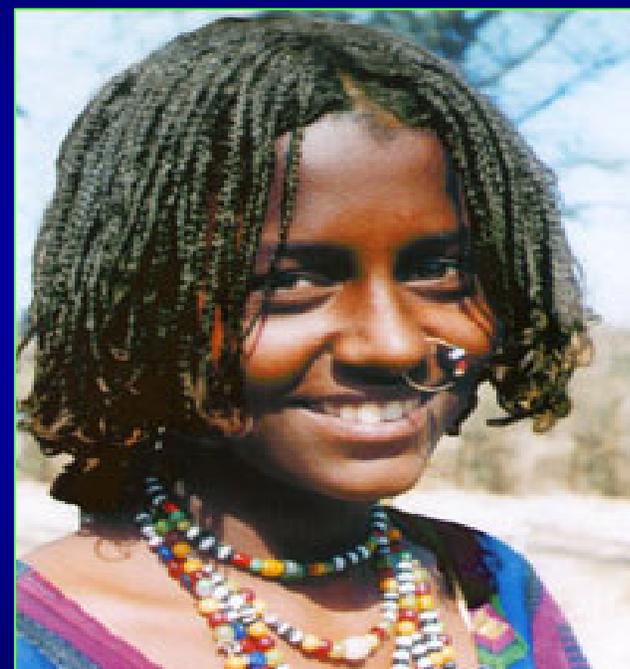
CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE
PER LA PREVENZIONE E LA CURA DELLE
COMPLICANZE LEGATE ALLE MUTILAZIONI
GENITALI FEMMINILI
CAREGGI

Centro di Riferimento Regionale
per la Prevenzione e la Cura delle
Complicanze Legate alle Mutilazioni
Genitali Femminili

- L'operatore sanitario/mediatore deve conoscere:
 - esistenza di queste pratiche
 - valore e significati dell'esperienza, condizione personale di chi si sottopone o è costretta sottoporsi a questa pratica
 - paesi in cui sono diffuse
 - acquisire gli strumenti per comunicare con queste donne e con i loro uomini (**educazione, prevenzione**)
 - distinguere i diversi tipi di MGF e le relative complicanze



- essere in grado di diagnosticare casi che richiedano interventi più complessi da inviare a strutture di secondo o terzo livello



Eliminating Female genital mutilation

An interagency statement

OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO,
UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO



Mutilazioni Genitali Femminili

tutte le procedure che riguardano la parziale o totale rimozione dei genitali esterni, le lesioni e le modificazioni eseguite sugli organi genitali femminili per **motivi tradizionali o comunque non terapeutici** (WHO 2007). Sono descritti **4 tipi**.

L. Catania, O.H.Abdulcadir 2006



Tipo I: Rimozione totale o parziale del clitoride e/o del prepuzio (clitoridectomia).

Tipo Ia: rimozione glande e/o prepuzio

Tipo Ib: rimozione clitoride con prepuzio.



Tipo Ia



Tipo Ib

Tipo II: Rimozione totale o parziale clitoride e piccole labbra, con o senza escissione grandi labbra (escissione).

- **Tipo IIa:** rimozione solo piccole labbra

- **Tipo IIb:** rimozione parziale o totale di clitoride e piccole labbra

- **Tipo IIc:** rimozione parziale o totale di clitoride, piccole labbra e grandi labbra.

► In Francese il termine “excision” è spesso usato come termine generale per tutti i tipi di MGF.



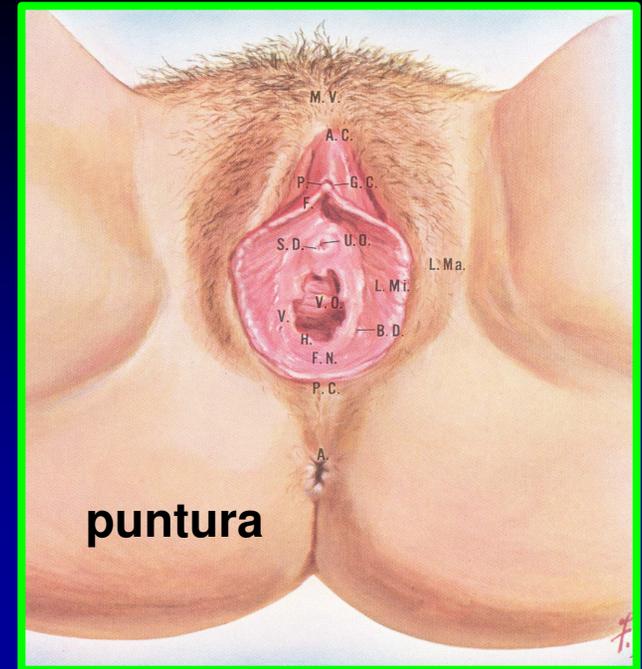
Tipo III: Restringimento dell'orifizio vaginale attraverso una chiusura ermetica coprente creata tagliando e avvicinando le piccole e/o le grandi labbra, con o senza escissione del clitoride (infibulazione).

- **Tipo IIIa: rimozione e apposizione delle piccole labbra**
- **Tipo IIIb: rimozione e apposizione delle grandi labbra.**



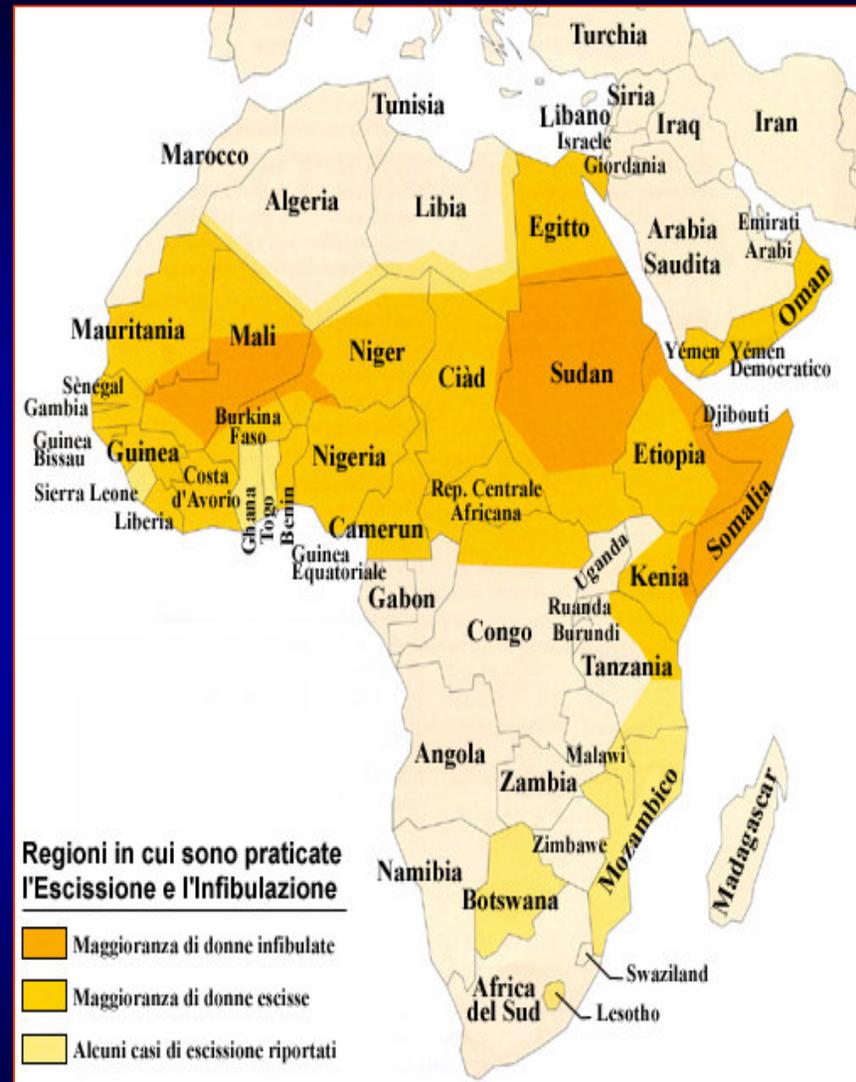
**Tipo IIIb
(vergine)**

Tipo IV: Non classificato, ogni altra procedura pericolosa per i genitali femminili per ragioni non mediche per esempio puntura, piercing, incisione, abrasione e cauterizzazione



piercing

Pratica molto antica
usata in molti paesi
dell'Africa sub-
sahariana (Sudan,
Nigeria, Costa
d'Avorio, Uganda,
Mali, Benin, Burkina
Faso, Egitto, Etiopia,
Eritrea, Somalia,
Gibuti)



La MGF è un problema globale

- Presente anche in Asia (Indonesia, Malesia, parte del Golfo persico) e, nelle comunità d'immigrati, in Europa, Canada, Stati Uniti, nell' America del Nord, Australia e Nuova Zelanda
- **Fenomeno dinamico**, in crescita in alcune zone e in diminuzione in altre



- **Rapporto stretto tra identità etnica e MGF** quindi la pratica attraversa le frontiere dei paesi
- Nei paese dove la pratica non è universale, la prevalenza è concentrata in alcune zone (che corrispondono a gruppi etnici precisi)

Età di esecuzione della MGF

Varia ampiamente, dipende dal gruppo etnico e dall'area geografica

In alcuni gruppi è condotta nella prima settimana di vita, in altri su bambine di 4-5 anni o durante l'adolescenza. In altri ancora prima della gravidanza e capita spesso che dopo ogni gravidanza la donna infibulata venga reinfibulata

Sudan

2-8 anni

Nigeria

pochi giorni/settimane

Religione e MGF



- **MGF è stata osservata tra Islamici, Cristiani (Copti, Cattolici e Protestanti), Animisti ed Ebrei (Falashia in Etiopia)**
- **MGF sono legate ad un forte senso di appartenenza culturale e non sono prescritte da alcuna religione**

PREVALENZA

- **Amnesty International: 135 milioni di donne mutilate, 2 milioni a rischio ogni anno, 6.000 a rischio ogni giorno**
- **Women's International Network: oltre 150 milioni di donne mutilate**
- **In Africa ogni anno: 3 milioni di bambine (Unicef)**

available in <http://womensstudies.homestead.com/fgm.html>

ESTENSIONE DEL FENOMENO IN OCCIDENTE:

Difficile quantificare:

- numero di donne che hanno subito una delle pratiche escissorie
- numero bambine potenziali vittime di escissione



Stima del fenomeno in Italia

(dati forniti dal Ministero dell'Interno)

N. di donne straniere provenienti da Paesi a tradizione escissoria: **188.047** (permesso di soggiorno valido al 31 luglio 2006)



- 125.421 (66,7%) ha 19-40 anni
- 54.738 (29,1%) ha oltre 40 anni
- 7.070 (3,8%) ha 14-18 anni
- 818 (0,4%) ha meno di 13 anni (0,4%).

Questa ultima fascia di età corrisponde alle potenziali vittime



Ministero della Salute

COMMISSIONE PER LA PREVENZIONE E IL DIVIETO DELLE
PRATICHE DI MUTILAZIONE GENITALE FEMMINILE

(D.M. 6 set. 2006)



Correzioni ipotetiche:

Comunità presenti in Italia  stessa
diffusione delle MGF riscontrata nei paesi di
origine

Dato complessivo delle donne con MGF si riduce
ad un valore medio del 50%, pari ad un valore
assoluto di **93.809**



Ministero della Salute

COMMISSIONE PER LA PREVENZIONE E IL DIVIETO DELLE
PRATICHE DI MUTILAZIONE GENITALE FEMMINILE
(D.M. 6 set. 2006)

- 409 bambine a rischio (sotto 14 anni)
- 3.535 bambine dai 14 ai 18 anni
- 62.710 donne dai 19 ai 40 anni (la fascia delle madri)
- 26.098 le donne con oltre 40 anni (donne mature)

A questi dati si devono però aggiungere le donne clandestine

MGF: punti di vista occidentali

1. Implicazioni biologiche

- Parti più sensibili e intime **MUTILATE**, funzioni procreative **INTATTE**, Piacere Sessuale **ELIMINATO**
- Esposizione di bambine/donne a gravissimi rischi per la salute
- Danno psico fisico non necessario



2. Implicazioni etiche

- Errato valore della dignità femminile
- Errato valore gerarchico della donna
- Innaturale disequaglianza della libertà nell'atto sessuale tra uomo (controllo della sessualità femminile) e donna (sottomissione, paura, terrore e dolore)
- Residuo di una fossilizzata e antica cultura patriarcale



3. Implicazioni legali

- Abuso e violenza contro bambine /donne
- Grave e irreversibile lesione dell'integrità psico fisica femminile
- Violazione dei fondamentali diritti umani
- Legge n. 7 gennaio 2006

MGF: Punti di vista delle pazienti con MGF

1. Implicazioni sociali

- Profondamente radicata nella società
- Conferisce stato sociale alla bambina/donna e a tutta la sua famiglia
- Rifiutare porta stigma, vergogna ed esclusione sociale

2. Implicazioni di genere

- La bambina acquisisce completa identità femminile (personale e nella comunità)
- La bambina acquisisce onore, orgoglio di appartenenza al proprio gruppo, identità culturale e sociale
- Il clitoride è considerato un'appendice maschile e sporca

3. Implicazione estetiche e personali

- Canone di bellezza, espressione di purezza e di pulizia
- Garanzia di verginità, tutela castità e fedeltà al marito

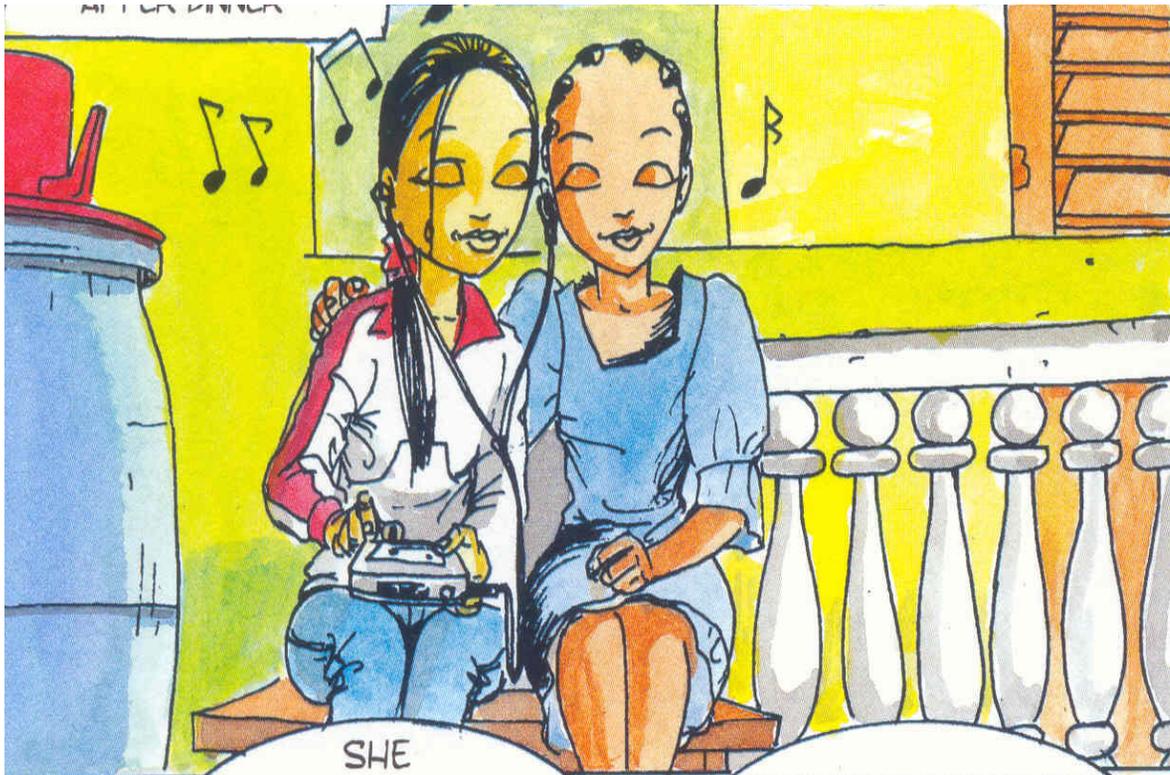


“Io sono stata infibulata a sei anni, come tutte le bambine della mia età.(...)Ho vissuto quel momento con entusiasmo e gioia. Mi ha permesso di affacciarmi al mondo femminile con dignità e orgoglio.(...)Con la consapevolezza e le conoscenze di una persona adulta posso dire che essa è deleteria e che, in alcune situazioni, mette a rischio la salute di chi la subisce”.

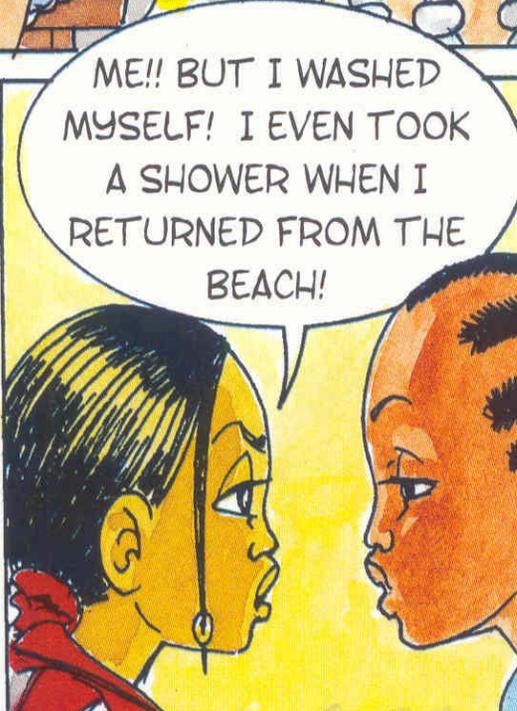
Maka Haji Ali (Ferite per sempre, Catania, Abdulcadir, 2005)

“Nel mio paese l’infibulazione è una pratica assolutamente normale. Molte persone credono sia una tradizione religiosa islamica, ma ciò non è affatto vero. È un’usanza tramandata per passaparola, che nacque in tempi e luoghi lontani, forse nell’antico Egitto dei faraoni”.

M., 34 anni, Somalia (tesi E. Mortola).



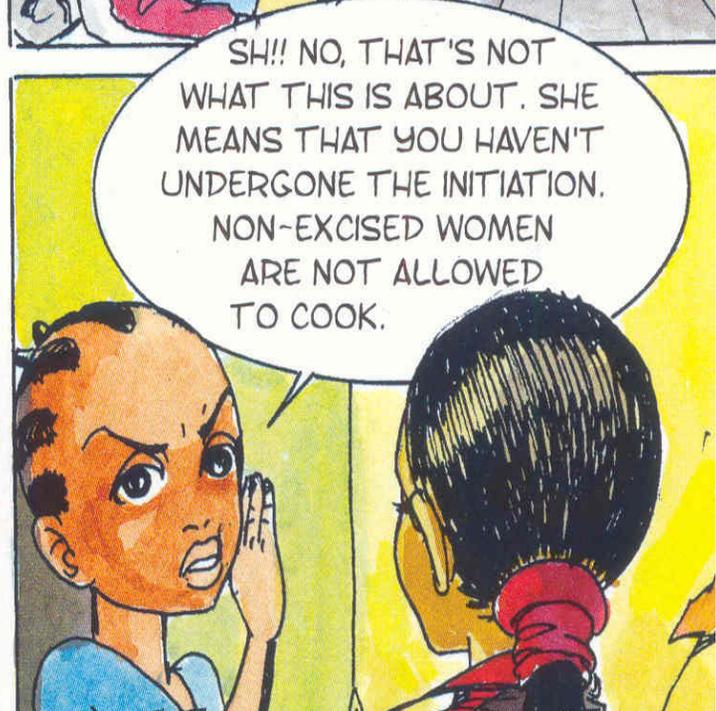
SHE DIDN'T WANT TO EAT THE FOOD YOU PREPARED BECAUSE YOU ARE DIRTY.



ME!! BUT I WASHED MYSELF! I EVEN TOOK A SHOWER WHEN I RETURNED FROM THE BEACH!



WHAT DID NAICY SAY?



SH!! NO, THAT'S NOT WHAT THIS IS ABOUT. SHE MEANS THAT YOU HAVEN'T UNDERGONE THE INITIATION. NON-EXCISED WOMEN ARE NOT ALLOWED TO COOK.

L'escissione è una sevizia, una violazione dei diritti fondamentali, ma è anche la discriminante fra onore e disonore. Si può chiedere a una madre di non fare del male a sua figlia, ma come chiederle di condannarla all'emarginazione sociale?”

Sylla Habibatou Diallo

ASDAP

“In un continente dove milioni di donne non hanno accesso ai beni primari della vita - acqua, cibo, igiene, sanità e istruzione - la MGF non è necessariamente una priorità assoluta...”



2006

Rogai Mustafa
Abisharaf
University of Connecticut

“Credo che la maggior parte di quelle di noi che lavorano sulla violenza contro le donne, soprattutto sulla violenza sessuale, siano convinte che si tratta di una vera e propria mutilazione. Dicono che è solo un taglio. Ma quello che è stato fatto a me e alla mia famiglia non è un taglio. È mutilazione. Io sono mutilata”.

Isatou Touray, Associazione Gambotrap, Gambia



- **Solo con un cambiamento delle prospettive sociali si è notata una riduzione delle mutilazioni.**
- **La percentuale di donne che fa infibulare le proprie figlie scende al 5% tra quelle istruite contro l'80% delle analfabete**

*UNFPA, Lo stato della popolazione nel mondo, AIDOS,
Roma, 1997*

Le persone cambiano il loro comportamento quando comprendono quali siano i rischi e l'oltraggio che alcune pratiche dannose comportano, e quando capiscono che è possibile abbandonare tali pratiche senza abbandonare gli aspetti qualificanti e significativi della propria cultura.

***Dichiarazione congiunta
OMS, UNICEF, UNFPA***

L. Catania, O.H.Abdulcadir 2006



SEQUELE E COMPLICANZE



dipendono da:

- **quantità di tessuto asportato**
- **modalità, capacità ed esperienza** dell'operatore/ricce
- **condizioni igieniche** nelle quali viene praticata
- **condizioni di salute della bambina** che potrebbe avere già di per sé anemia, una malattia infettiva o essere in condizioni di malnutrizione
- **centri rurali e famiglie povere/ città e famiglie più ricche; figure tradizionali/personale sanitario**



Sequela e Complicanze immediate

(subito dopo l'operazione)

- dolore e bruciori acuti alla minzione
- ritenzione urinaria acuta
- anemia lieve-moderata
- emorragia per sezione dell'arteria dorsale del clitoride
- shock emorragico e neurogeno
- infezione della ferita
- infezioni delle vie urinarie
- febbre, tetano, AIDS, HBV, setticemia, morte



Sequele e le complicanze mediche tardive

- richiedono attenzione e sensibilità
- molte donne mutilate non collegano certi disturbi alla propria mutilazione e **credono che si tratti di sofferenze “naturalì” dell’essere donna** oppure **si vergognano di parlarne perché si sentono oggetto di studio o giudicate**

Le sequele/complicanze mediche a lungo termine più frequenti

- dispareunia
- dismenorrea
- ematocolpo ed ematometra

(il sangue ristagna nella vagina e nell'utero)

- cistiti e uretriti ricorrenti (ristagno dell'urina dietro la cicatrice che può provocare **piccoli calcoli**)
- minzione difficoltosa (nelle infibulate l'uscita dell'urina avviene goccia a goccia o a pioggia)

- vaginiti croniche e ricorrenti
- molto difficili da curare per ristrettezza dell'ostio vaginale (impedisce di fare lavande e di introdurre ovuli)
- riluttanza a inserire creme o altri medicinali in vagina
- **Mancanza del concetto di prevenzione**

Durante il parto: difficoltà a monitorare la progressione del feto, lacerazioni del perineo, insorgenza di fistole rettovaginali o vescicovaginali, lesioni dello sfintere anale con successiva incontinenza

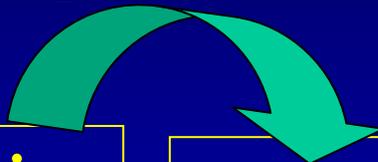
- cisti da ritenzione nella cicatrice (molto frequenti)
- ascessualizzazione delle cisti
- endometriti ed endometriosi
- infezioni pelviche (PID)

- In letteratura: neurinoma clitorideo

- Nelle giovanissime giunte in Occidente già infibulate (da piccole nel loro paese d'origine) vi è rischio di induzione di disfunzioni psicosessuali iatrogene



58 studentesse provenienti da Somalia, Sudan, Etiopia, Nigeria che vivono in Italia ma che sono state circoncise/infibulate nel loro paese da piccolissime



Sentimenti vissuti da bambine nel proprio paese

- **Positività**
- **Completezza femm.**
- **Accettazione sociale**
- **Bellezza**
- **Amorevolezza famil.**
- **Coraggio**

Sentimenti vissuti da ragazze nel paese in cui sono cresciute (Italia)

- **Negatività**
- **Mutilazione femminile**
- **Stigma sociale**
- **Bruttezza**
- **Barbarie familiare**
- **Vittime di violenza**

Stigmatizzazione sociale e messaggi negativi da parte dei media sulla loro “sessualità distrutta per sempre”

- aspettative negative sulla possibilità di raggiungere il piacere sessuale
- sentimenti negativi riguardo alla propria immagine corporea
- critica sociale
- significati culturali negativi delle MGF



**Sperimentazione di un'altra
mutilazione: “Infibulazione
mentale/psicologica” con
distorsione dei valori
culturali**

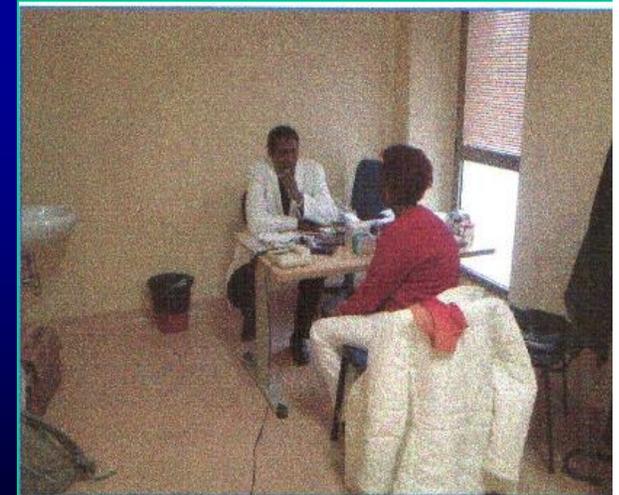
DISFUNZIONI SESSUALI

*DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATA MATERNO INFANTILE
DIRETTORE PROF. GIANFRANCO SCARSELLI*

**Centro di Riferimento Regionale
per la Prevenzione e la Cura delle
Complicanze Legate alle Mutilazioni
Genitali Femminili**

Centro di Riferimento per la Prevenzione e la Cura delle Complicanze delle MGF Università di Firenze

- **Promozione alla salute delle donne immigrate e dei loro bambini**
- **Trattamento delle complicanze delle MGF**
- **Prevenzione delle MGF**



- Attività principe è la pratica di deinfibulazione e ricostruzione dei genitali femminili.
- Non è possibile affrontare questa problematica solo in termini di erogazione di una prestazione; è importante invece conoscere l'intero processo (con particolare riferimento al vissuto della donna che intraprende questo percorso, tra dubbi e resistenze nei confronti di una cultura dominante e consolidata, e ostracismo da parte della comunità di appartenenza).
- Ciò comporta anche la realizzazione di una costante attività di educazione alla salute nei confronti delle donne e dei gruppi familiari attraverso incontri sistematici

RESULTATI RAGGIUNTI: (2000-07)

- **127 deinfibulazioni**
- **Riduzione di inutili tagli cesarei in donne con infibulazione**
- **Soluzione di problemi sessuali e di infertilità connessi a MGF**
- **Educazione sessuale, soluzione di problemi ginecologici in giovani donne infibulate**

DEINFIBULAZIONE:

procedura chirurgica per aprire la cicatrice dell'infibulazione ed esporre l'ingresso vaginale e il meato urinario (deinfibulazione parziale). In caso di deinfibulazione totale spesso viene evidenziato tessuto clitorideo o addirittura l'intera asta clitoridea.

I motivi sono sia ostetrici che ginecologici.

Tecniche: laser, bisturi, forbici.

Effetti della deinfibulazione più apprezzati

Mitto urinario più fluente e rapido

Flusso mestruale più “scorrevole”

Riduzione della dismenorrea

Miglioramento della dispareunia, sessualità più piacevole

Riduzione/Risoluzione delle infezioni urinarie e vaginali

- CAMBIAMENTI CULTURALI IMPORTANTI

- ▶ Primi anni: poche donne accettavano la deinfibrazione e mantenevano segreta l'operazione per non "esporre" il proprio marito a critiche e allusioni su virilità

- ▶ Matrimonio con donna infibulata:
Prova di virilità', orgoglio maschile



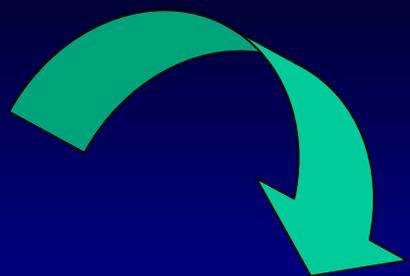
OGGI:

- ▶ Giovani infibulate “singole” richiedono di propria iniziativa di essere “riaperte” per migliorare la propria salute.
- ▶ A queste ragazze va garantita **l'integrità dell'imene** e va spiegato che la verginità fisica non è la cucitura dell'ingresso vaginale ma la presenza dell'imene intatto (quando è presente)

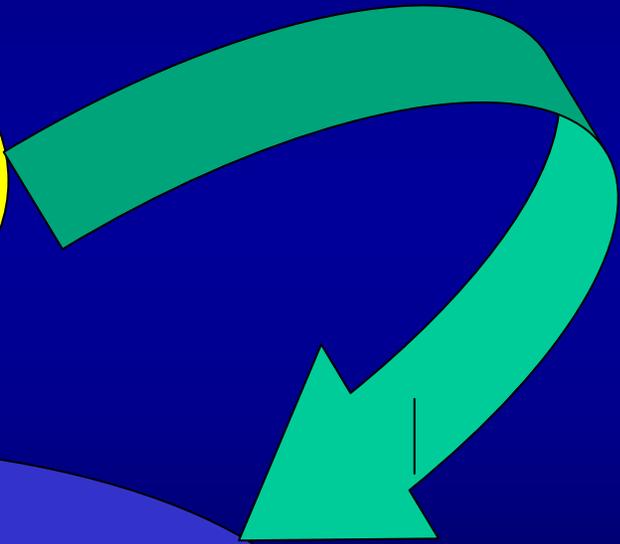




Donne infibulate

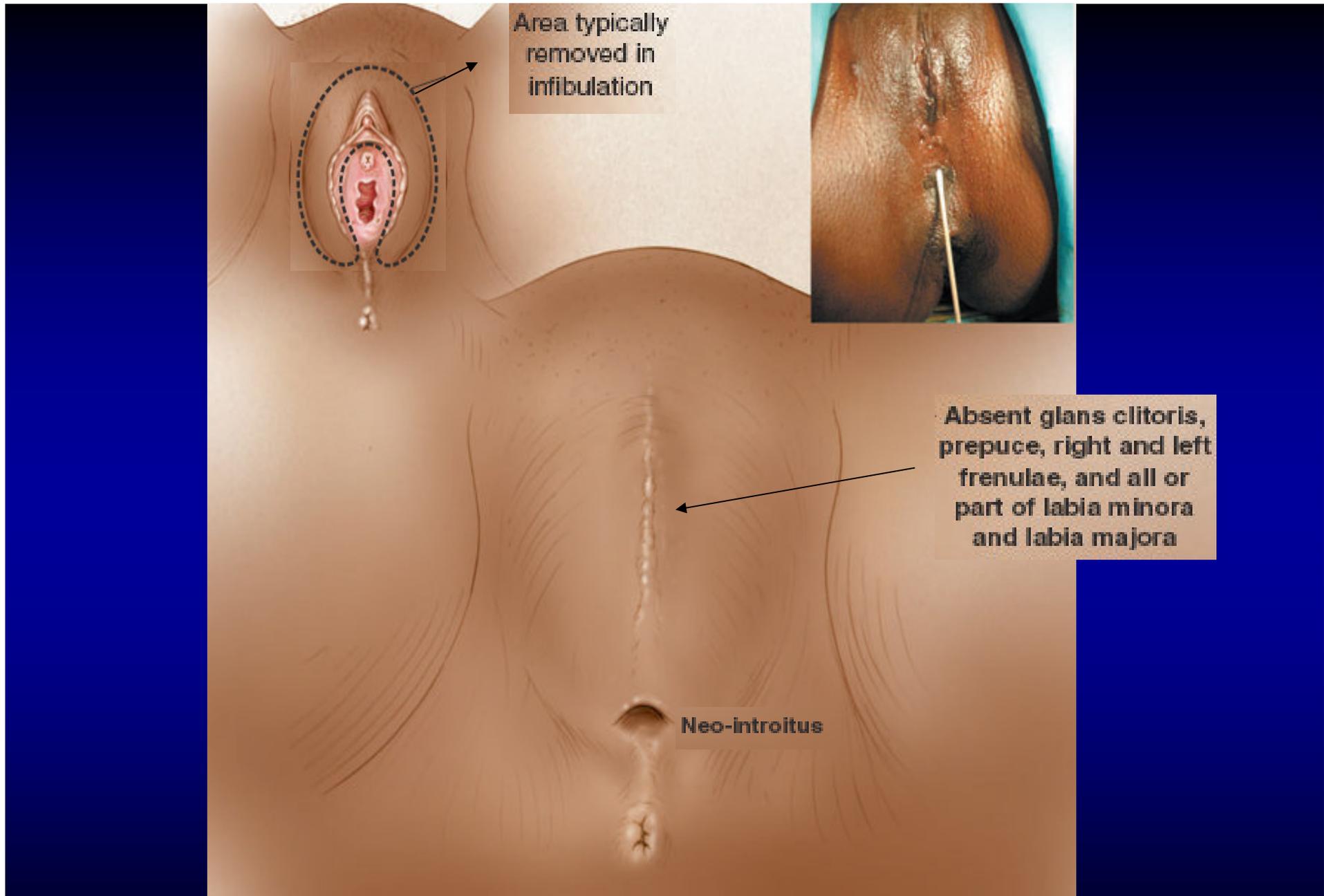


Complicanze
Infettive
Urinarie
Sessuali
Parto



DEINFIBULAZIONE*

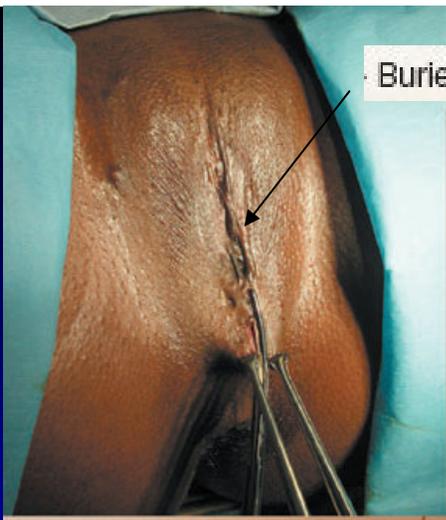




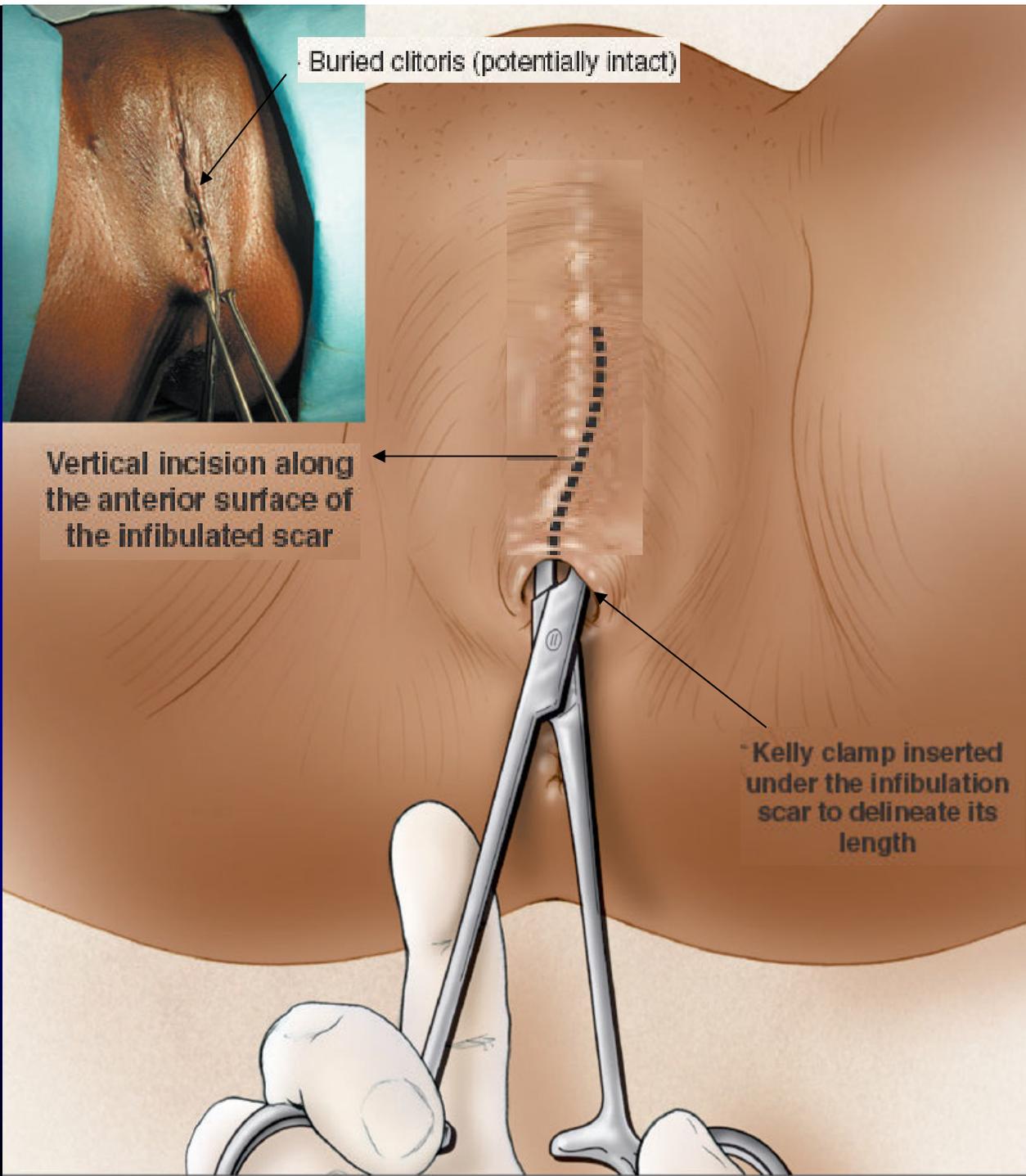
Crista Johnson, MD, MS,* and Nawal M. Nour, MD, MPH†

*Obstetrics & Gynecology, Robert Wood Johnson Clinical Scholar, Division General Internal Medicine, University of Michigan Medical School, Ann Arbor, MI, USA; †African Women's Health Center, Dept of Ob/Gyn, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, USA

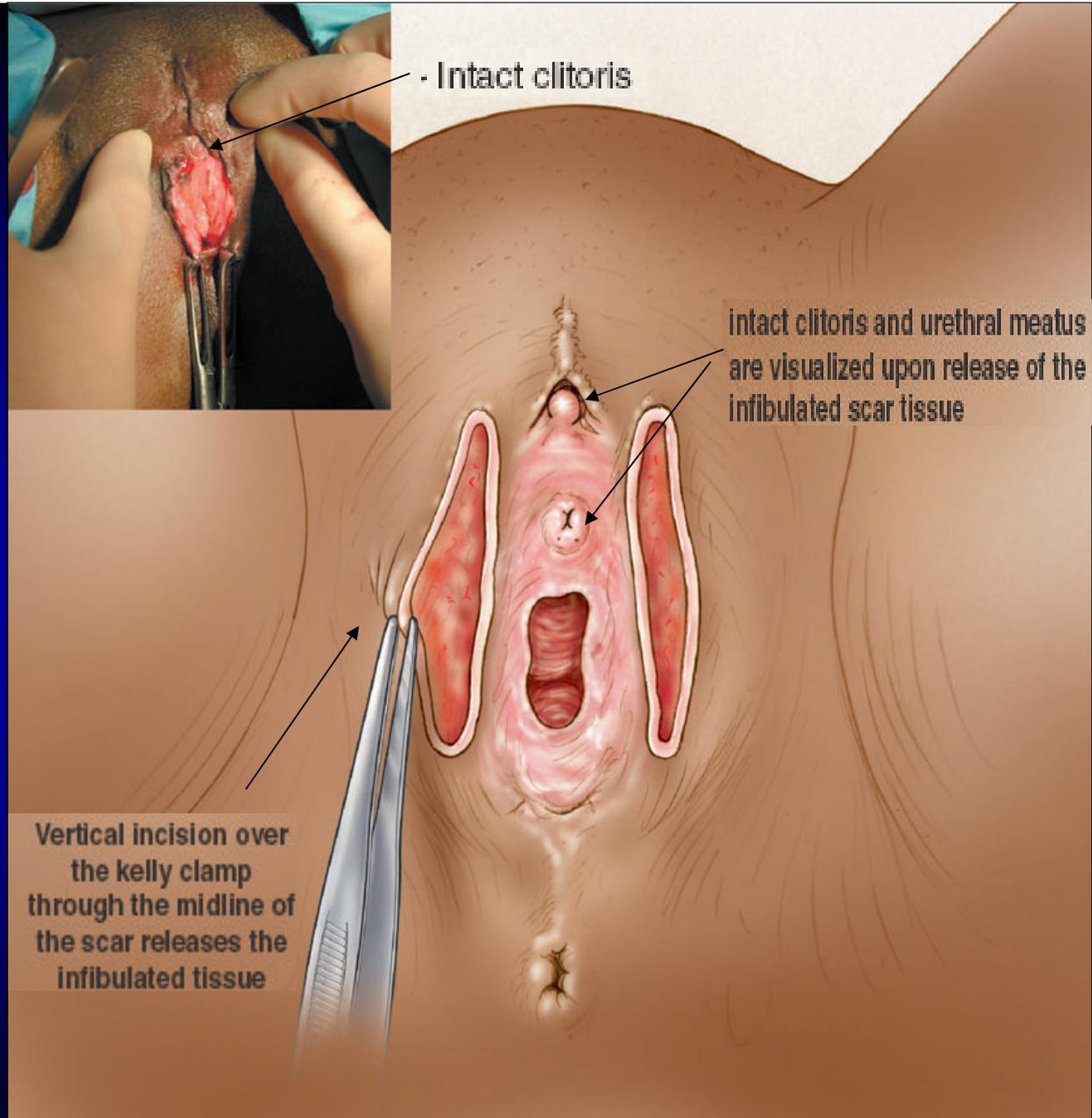
Buried clitoris (potentially intact)



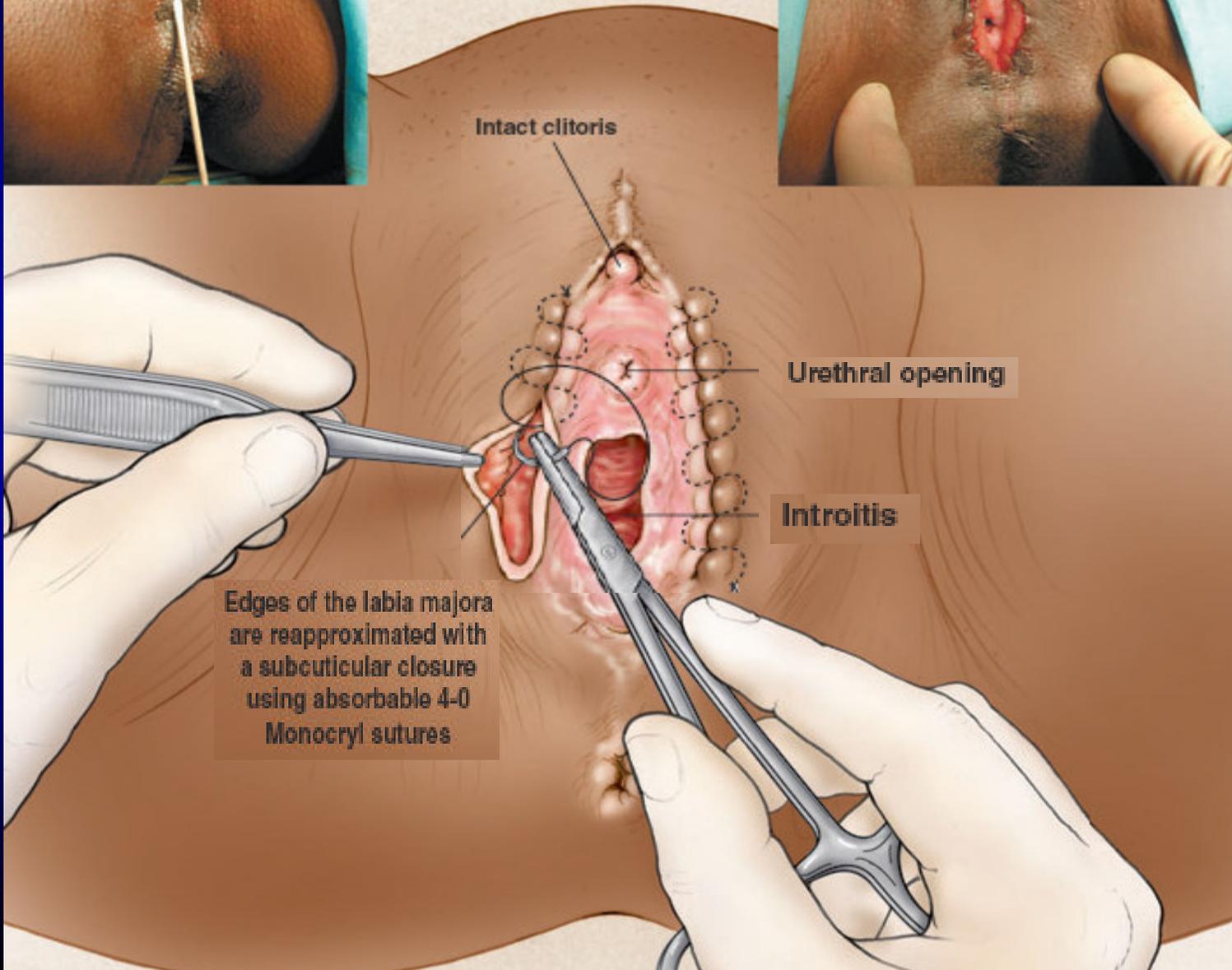
Vertical incision along the anterior surface of the infibulated scar



Kelly clamp inserted under the infibulation scar to delineate its length



Great care should be taken not to injure any clitoral tissue during this process. In one study, 48% of cases had an intact buried clitoris as is seen in this figure [1].



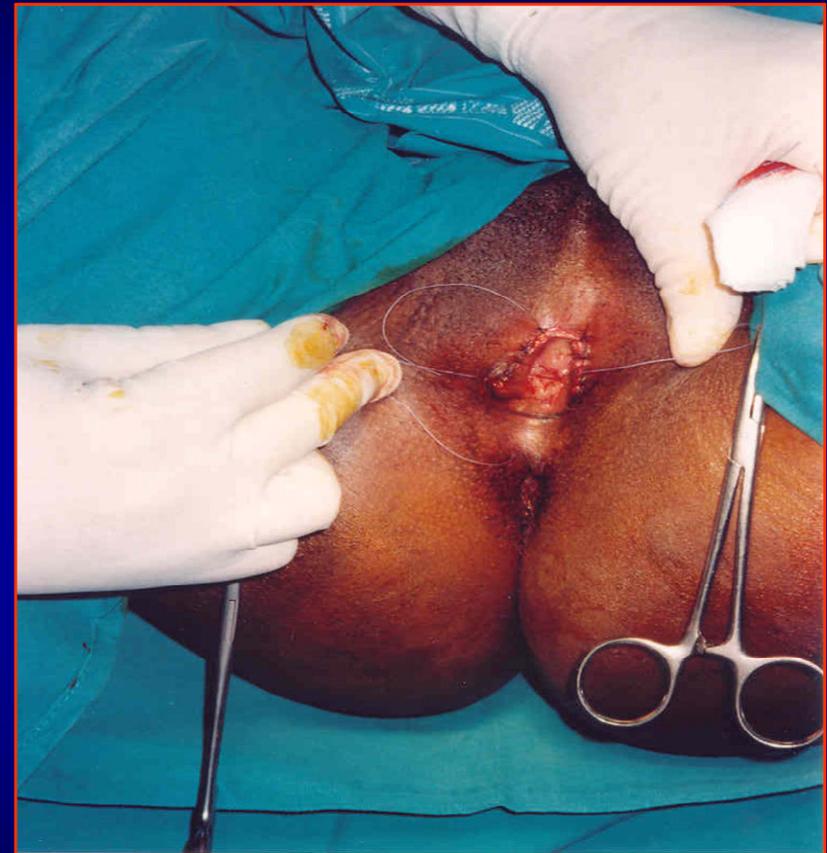
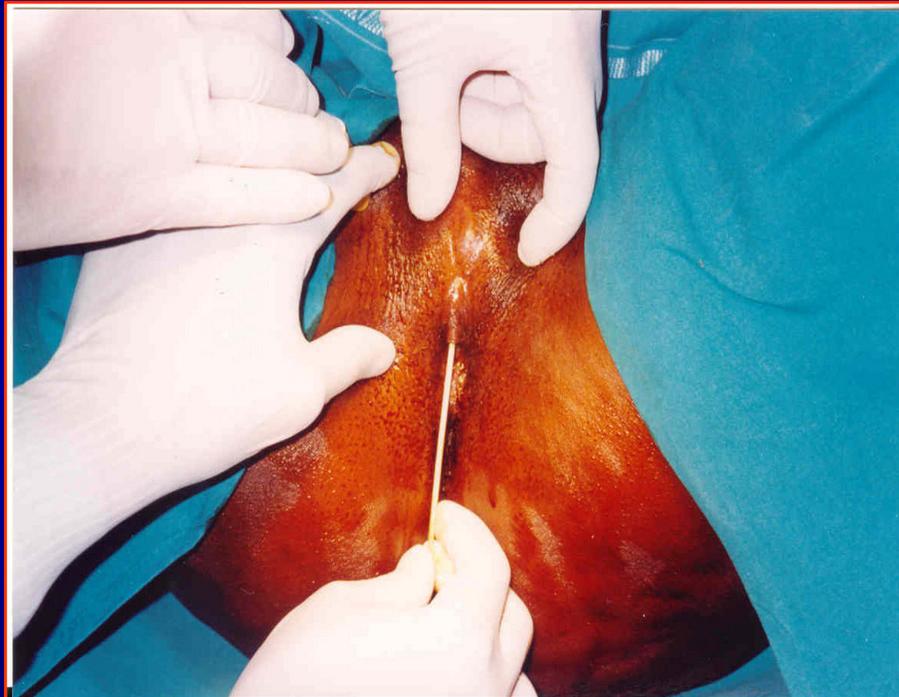
Edges of the labia majora are reapproximated with a subcuticular closure using absorbable 4-0 Monocryl sutures

Intact clitoris

Urethral opening

Introitis

Deinfibulazione parziale



Immagini fornite dal Centro di Riferimento MGF, Firenze
Abdulcadir Omar Hussen

Residui clitoridei:

Durante la deinfibulazione totale sono stati ritrovati residui della clitoride o addirittura l'organo completo incluso tra i tessuti cicatriziali nel 95% (Harry Gordon 1996).

I dati del Centro di Riferimento di Firenze (50%) risultano sovrapponibili a quelli riportati dall' African Women's Health Center di Boston (47,5% di casi in cui la clitoride o parte di essa è stata reperita nascosta sotto la cicatrice) (Nawal M.Nur 2004).



FERITE PER SEMPRE

WWW.DERIVEAPPRODI.ORG

- *E' impossibile giudicare senza conoscere*
- *Per conoscere è essenziale non perdere di vista il valore dell'esperienza e della condizione personale di chi si sottopone o è costretta a sottoporsi alla MGF*



Lucrezia Catania e Abdulcadir Omar Hussen
Edizione DeriveApprodi, Roma

L. Catania, O.H. Abdulcadir 2006